うるま市 福祉部 介護長寿課 介護給付係 宛 　　　FAX：982－6041

**令和3年度 うるま市集団指導 アンケート**

掲載した関係資料をご確認いただき、各事業所にて下記アンケートの回答をもって出席をとることといたします。事業所ごとにFAX にて提出（／（）まで）をお願いします。

※サービスの種類（事業所の種別）に　☑　をご記入ください。

□ 居宅介護支援・介護予防支援　　 □ 地域密着型通所介護

□ (介護予防)認知症対応型共同生活介護 □ (介護予防)認知症対応型通所介護

□ (介護予防)小規模多機能型居宅介護 □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

□ 通所介護・通所型サービス □ 訪問介護・訪問型サービス

**事業所名**(　　　　　　　　　　　　)　**事業所番号**(　　　　　　　　　　　)

**回答者**　(職種　　　　　　　氏名　　　　　　　)　**電話番号**(　　　　　　　　　　)

1. 変更届の資料の中で、3年経過措置期間が設けられている下記の現在の取組状況について

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　該当に〇を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 規程済 | 作業中 | 未着手 |
| 感染症対策の強化 |  |  |  |
| 業務継続に向けた取組 |  |  |  |
| 認知症介護基礎研修受講義務付け |  |  |  |
| 高齢者虐待防止の推進 |  |  |  |

1. 業務管理体制届について　☑をご記入ください。

法人名(　　　　　　　　　　　　　　　　)

届出済　□　⇒　届出先(　　　　　　　　　　　　)

届出未　□　⇒　速やかに届出してください。

届出先が不明　□　⇒　届出先を確認し、後日連絡します。

連絡先(職種　　　　　氏名　　　　　　　℡　　　　　　　　　)